

INFORME EPIDEMIOLÓGICO DA VIGILÂNCIA DAS PARALISIAS FLÁCIDAS AGUDAS/POLIOMIELITE

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 1 A 52 de 2021



A POLIOMIELITE

A poliomielite, popularmente conhecida como paralisia infantil, é uma doença infectocontagiosa viral aguda, de gravidade extremamente variável que pode ocorrer sob a forma de infecção inaparente ou apresentar manifestações clínicas, frequentemente caracterizadas por febre, mal-estar, cefaleia, distúrbios gastrointestinais e rigidez de nuca, acompanhadas ou não de paralisia que ocorre em aproximadamente 1% das infecções causadas pelo poliovírus. O déficit motor instala-se subitamente e sua evolução, frequentemente, não ultrapassa três dias. Acomete, em geral, os membros inferiores, de forma assimétrica, tendo como principais características a flacidez muscular, com sensibilidade preservada, e arreflexia (ausência de reflexos) no segmento atingido.

- Pela via oral-oral, por meio de gotículas de secreções da orofaringe (ao falar, tossir ou espirrar). A falta de saneamento, as más condições habitacionais e a higiene pessoal precária constituem fatores que favorecem a transmissão do poliovírus.



SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS

51

TAXA DE NOTIFICAÇÃO POR
100.000 HAB.

0,61

TOTAL DE CASOS
DESCARTADOS

51

TOTAL DE CASOS
CONFIRMADOS

0



AGENTE ETIOLÓGICO

O poliovírus, sorotipos 1, 2 e 3 (tipo 1 ou Brunhild, tipo 2 ou Lansing e tipo 3 León), pertencentes ao gênero Enterovirus, família Picornaviridae. Os poliovírus selvagens dos três sorotipos podem causar paralisia flácida, sendo o sorotipo 1 de maior frequência, o sorotipo 3 de menor frequência.



MODO DE TRANSMISSÃO

Contato direto pessoa a pessoa:

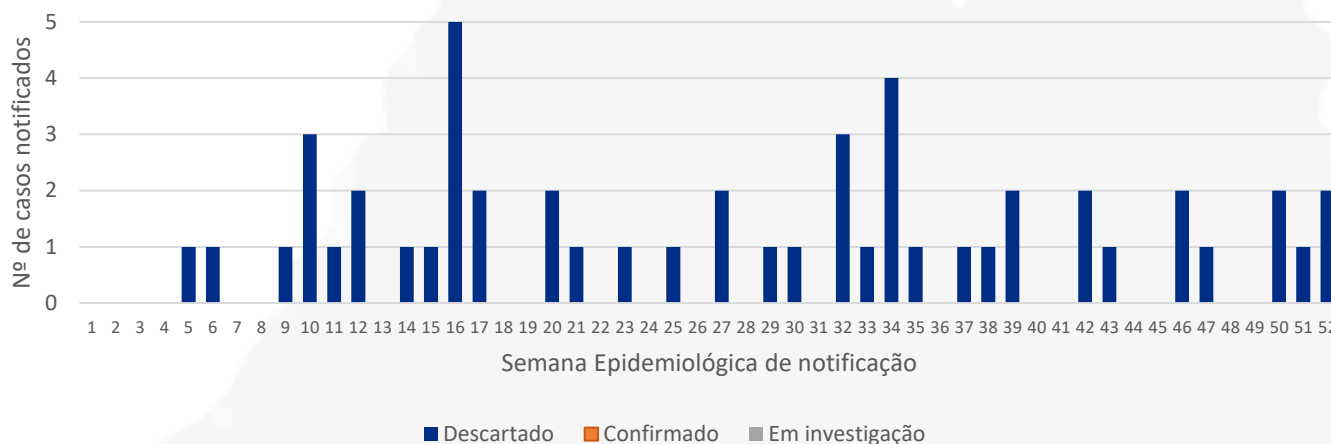
- Pela via fecal-oral (mais frequentemente), por objetos, alimentos e água contaminados com fezes de doentes ou portadores, OU

Observando a distribuição nas semanas epidemiológicas das notificações de casos da Semana Epidemiológica (SE) 1 a 52 do ano de 2021 infere-se que a SE 5 foi a semana com maior número de notificações, e todos os casos notificados ao longo do período (51) foram descartados (**Gráfico 1**). Quando comparadas as notificações nos anos de 2019 a 2021 percebe-se uma queda do número de casos notificados (**Gráfico 2**) nos anos de 2020 (41) e 2021 (51) em relação ao verificado no ano de 2019 (74), e acredita-se que a implementação de medidas não farmacológicas como estratégia para redução de morbimortalidade para os casos de covid-19 tenham influenciado positivamente a não exposição de crianças menores de 15 anos a

outros patógenos, que podem levar a ocorrência de paralisias flácidas agudas (PFA), o que reflete diretamente nas taxas de notificação observadas, bem como a possível ocorrência de subnotificação.

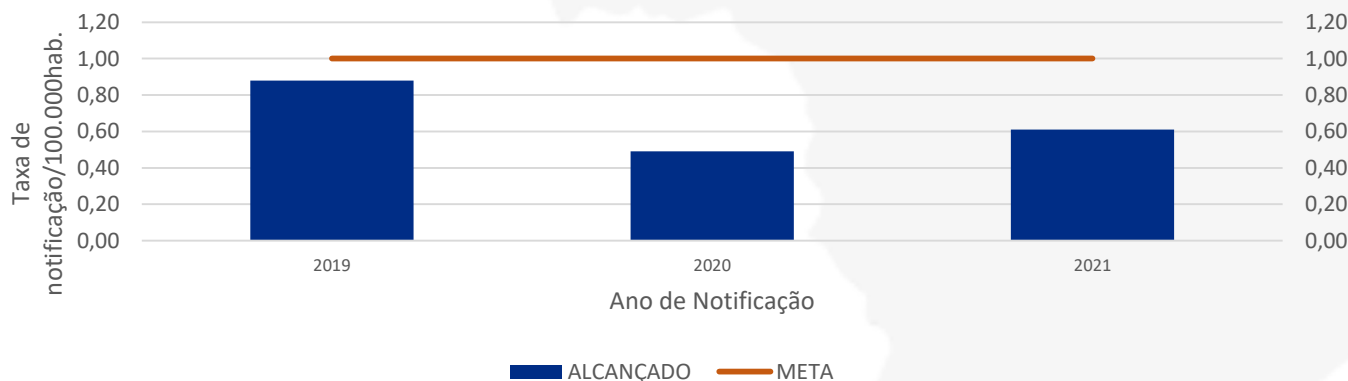
Ademais, vale ressaltar que em nenhum dos anos analisados observou-se taxa de notificação de casos adequada, muito embora o resultado de 2021 tenha-se mostrado melhor em relação ao ano de 2020, visto que é preconizada pelo Ministério da Saúde a notificação de pelo menos 1/100.000 habitantes, sendo verificado em 2019, 2020 e 2021 respectivamente: 0,88/100.000 hab., 0,49/100.000 hab. e 0,61/100.000 hab.

Gráfico 1 - Número de casos notificados de PFA da SE1 a 52 do ano de 2021 por critério de encerramento do caso, São Paulo.



Fonte: DDTHA/CVE/SES-SP. Dados extraídos em 10 de janeiro de 2022.

Gráfico 2 – Taxa de notificação de casos de PFA de 2019 a 2021, São Paulo.

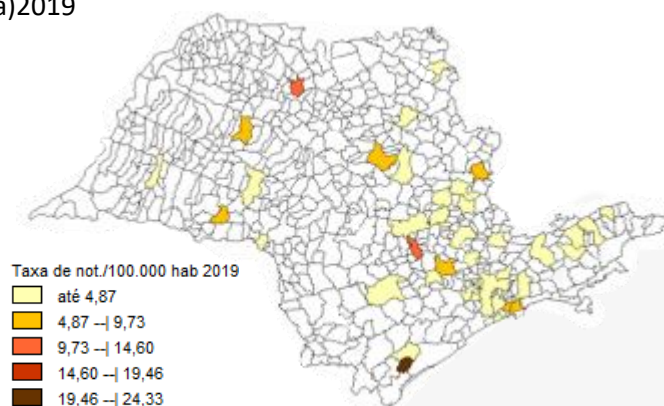


Fonte: DDTHA/CVE/SES-SP. Dados extraídos em 10 de janeiro de 2022.

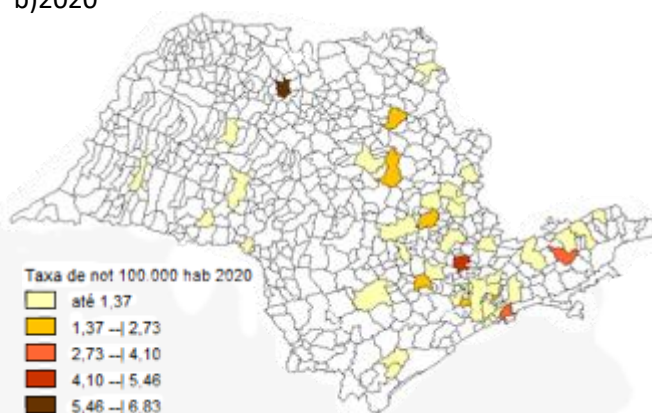
Dentre as 447 unidades notificadoras do estado de São Paulo, ou seja, hospitais que internam crianças menores de 15 anos, 56 informaram notificações de PFA no ano de 2019, 27 em 2020 e 38 em 2021. Quanto à taxa de notificação de PFA por município podemos inferir que: em 2019 os municípios de Pariquera-Açu (24,33/100.000 hab.), Tietê (13,50/100.000 hab.) e São José do Rio Preto (11,04/100.000 hab.) foram os que apresentaram as maiores taxas;

enquanto em 2020 o município de São José do Rio Preto apresentou a maior taxa de notificação (6,83/100.000 hab.), seguido por Jundiaí (4,19/100.000 hab.) e Taubaté (3,51/100.000 hab.). Já em 2021, os municípios que apresentaram a maior taxa de notificação para PFA foram Registro (18,25/100.000 hab.), São João da Boa Vista (7,28/100.000 hab.) e Cruzeiro (6,54/100.000 hab.), sendo possível observar a distribuição espacial na **Figura 1**.

a)2019



b)2020



c)2021

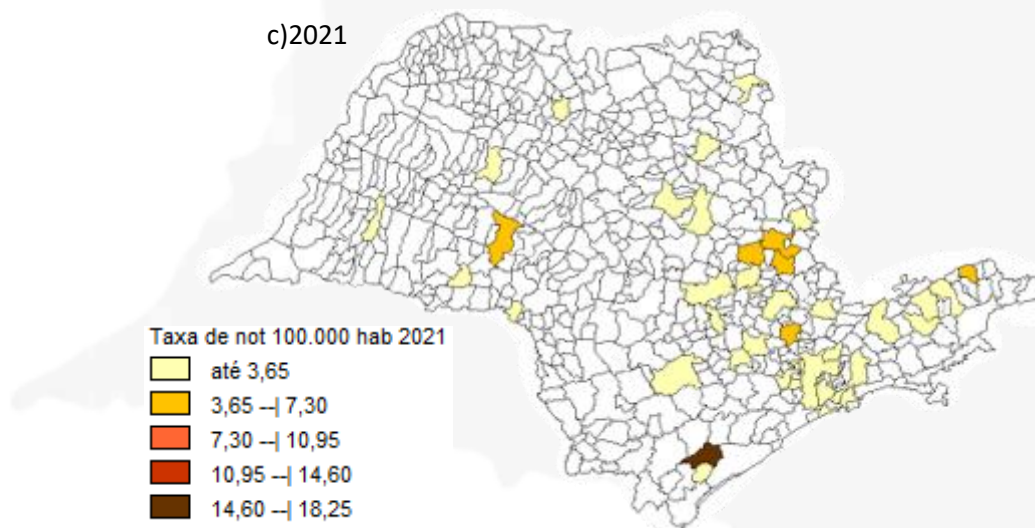


Figura 1 – Distribuição espacial da taxa de notificação de casos de PFA por 100.000 habitantes, 2019 a 2021, São Paulo/SP.

Fonte: DDTHA/CVE/SES-SP. Dados extraídos em 10 de janeiro de 2022.

Sabe-se que a Paralisia Flácida Aguda não é um diagnóstico, mas sim um sintoma de alerta.

O qual pode se manifestar na poliomielite, mas também em outras doenças: Síndrome de Guillain-Barré; Mielite Transversa; Meningite Viral; Acidente Vascular Encefálico; Tumor de medula espinhal, dentre outros. De modo que se recomenda a notificação mesmo que não haja suspeita de poliomielite, mas que sim quando se identifica a PFA.

Nesse sentido, há uma lista de diagnósticos diferenciais a serem investigados que são recomendados pela Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar contendo trinta e nove CID-10, e dentre os casos notificados no período observado o "G61.0 Síndrome de Guillain-Barré" como o mais frequente (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Hipóteses de diagnóstico referidas nas fichas de notificação de PFA, 2019 a 2021, São Paulo/SP.

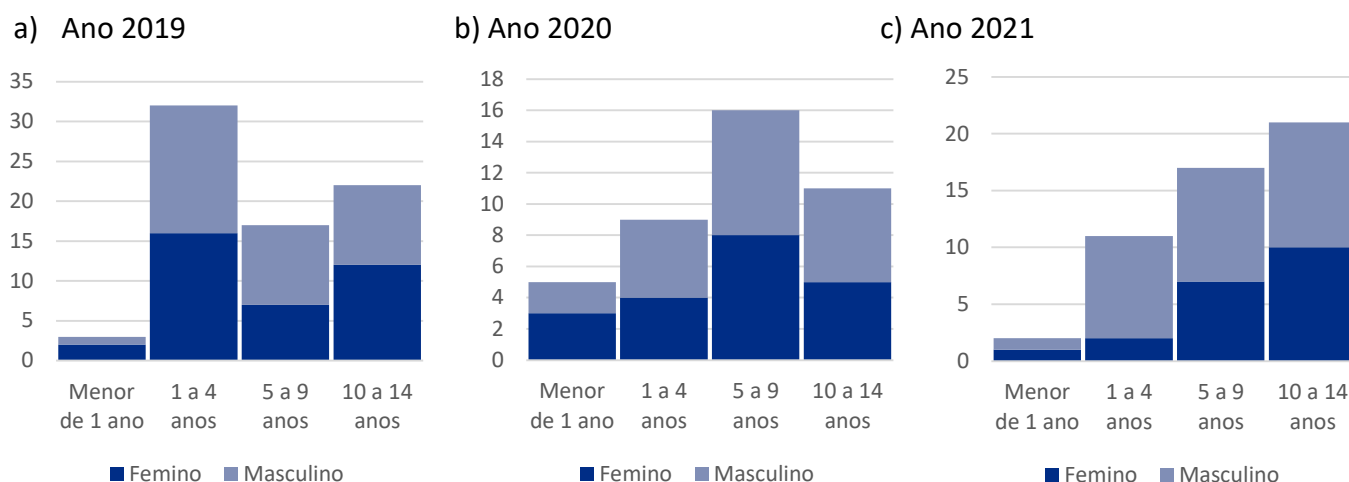
Hipótese de diagnóstico	2019	2020	2021
G04.0 Encefalite aguda disseminada	-	3	-
G04.8 Outras encefalites, mielites e encefalomielites	-	2	-
G04.9 Encefalite, mielite e encefalomielite não especificada	1	3	1
G05.1 Encefalite, mielite e encefalomielite em doenças virais classificadas em outra parte	5	1	-
G37.0 Esclerose difusa	-	1	-
G37.3 Mielite transversa aguda em doenças desmielinizantes do sistema nervoso central	2	-	1
G57.9 Mononeuropatia dos membros inferiores não especificada	1	-	-
G61.0 Síndrome de Guillain-Barré	31	13	13
G61.9 Polineuropatia inflamatória não especificada	1	-	1
G62.9 Polineuropatia não especificada	-	-	1
G82.0 Paraplegia flácida	1	1	2
G82.3 Tetraplegia flácida	1	-	-
G83.9 Síndrome Paralítica Não Especificada	1	1	1
G98 Outros transtornos do sistema nervoso não classificados em outra parte	-	2	-
I64 Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	-	-	2
X49 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição a outras substâncias químicas nocivas e às não especificadas	1	-	-
Y59.0 Efeitos adversos de vacinas antivirais	-	-	1
A80 Poliomielite Aguda	-	1	-
G81.0 Hemiplegia flácida	-	2	-
G81.9 Hemiplegia não especificada	1	-	1
Não informado	28	11	27

Fonte: DDTHA/CVE/CCD/SES-SP. Dados extraídos em 10 de janeiro de 2022.

Ao que se refere à faixa etária de notificação e ao sexo no ano de 2021 as notificações foram predominantes na faixa etária de 10 a 14 anos (41,2%) e no sexo masculino (60,8%). Já no ano de 2019 a distribuição de casos por sexo não variou, enquanto no ano de 2020 o sexo masculino concentrou 51,2% dos casos,

quanto à faixa etária, infere-se que a de 10 a 14 anos foi a segunda mais incidente, enquanto o maior número de casos notificados no ano de 2019 foi concentrado na faixa etária de 1 a 4 anos (43,2%) e em 2020 na faixa etária de 5 a 9 anos (39%) (**Gráfico 3**).

Gráfico 3 – Distribuição dos casos notificados por sexo e faixa etária, dos anos de 2019 a 2021, São Paulo/SP.

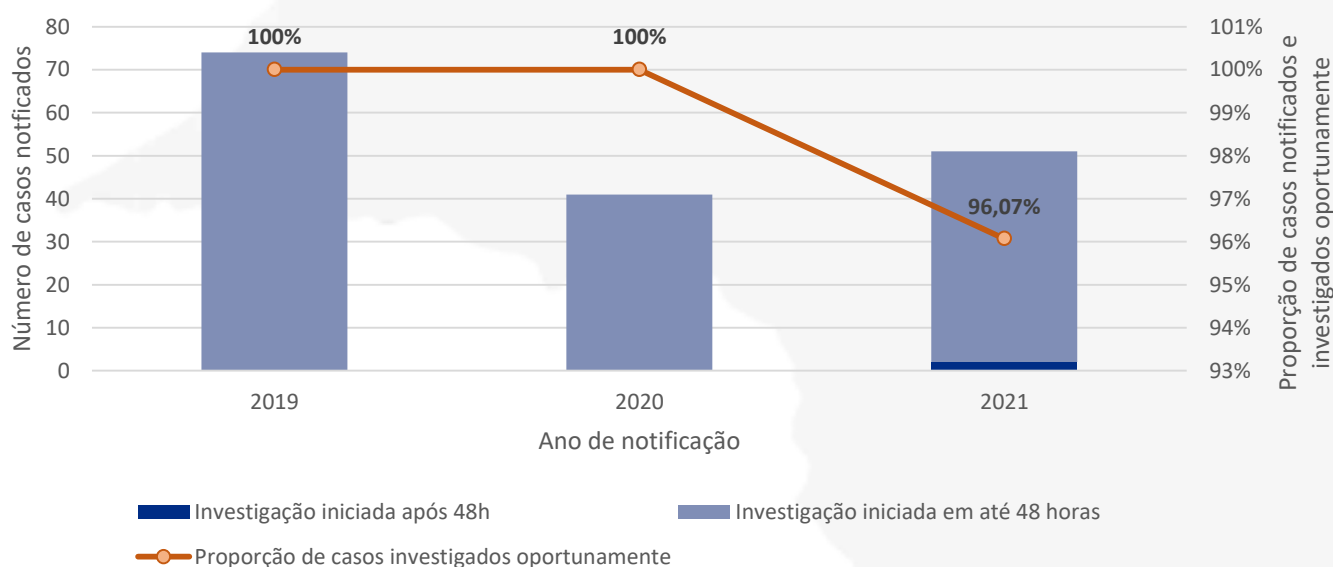


Fonte: DDTHA/CVE/CCD/SES-SP. Dados extraídos em 10 de janeiro de 2022.

Diante da notificação dos casos, que deve acontecer de forma imediata às autoridades sanitárias no nível local, que deverá ocorrer do Profissional de Saúde à Unidade Notificadora, que por sua vez comunica concomitantemente a Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria de Estado da Saúde através do Centro de

Informações Estratégicas em Saúde – CIEVS, os procedimentos de investigação do caso devem ser iniciados em até 48 horas. Assim, observa-se que apenas 2 casos não tiveram a investigação iniciada no ano de 2021, ao passo que em 2019 e 2020 todas as investigações foram iniciadas no prazo preconizado (**Gráfico 4**).

Gráfico 4 – Proporção de casos que foram notificados de acordo com a oportunidade de início da investigação, 2019 a 2021, São Paulo/SP.

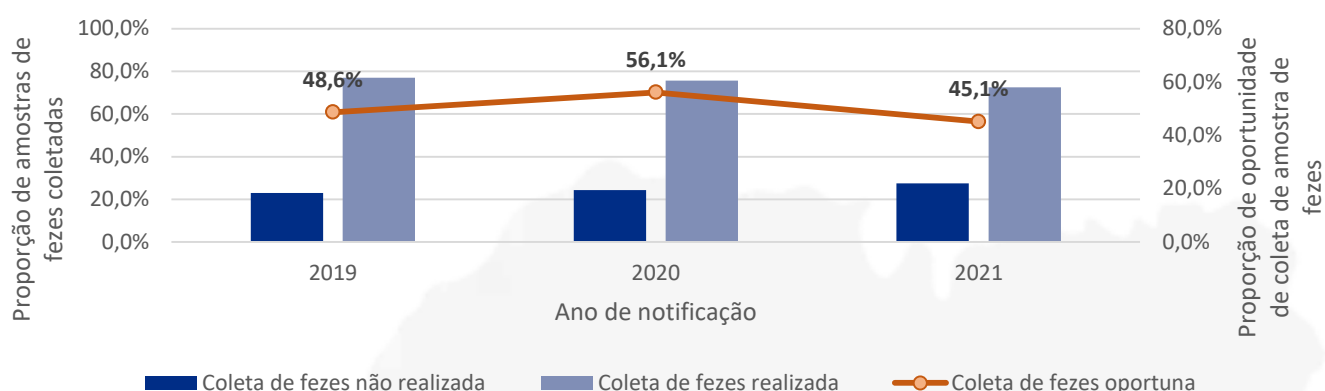


Fonte: DDTHA/CVE/CCD/SES-SP. Dados extraídos em 10 de janeiro de 2022.

Com base nos objetivos da vigilância das PFA para além das taxas de notificação e investigação dos casos, também se faz necessária a observância da coleta de fezes de toda e qualquer pessoa menor de 15 anos, ou que atenda aos critérios de notificação, em até 14 dias pós o início do déficit motor. Nesse sentido infere-se que ainda é necessária a intensificação de ações que visem proceder com a coleta de

fezes de todo e qualquer paciente notificado, além de se melhorar a oportunidade da referida coleta, pois no período analisado o ano de 2021 foi o que apresentou a menor proporção de coletas realizadas em até 14 dias do início do déficit motor, uma vez que só foi realizada tal coleta oportuna em 45,1% dos casos notificados no referido ano (**Gráfico 5**).

Gráfico 5 – Proporção de amostras de fezes coletadas dos casos notificados e proporção de oportunidade de coleta, 2019 a 2021, São Paulo/SP.



Fonte: DDTHA/CVE/CCD/SES-SP. Dados extraídos em 10 de janeiro de 2022.

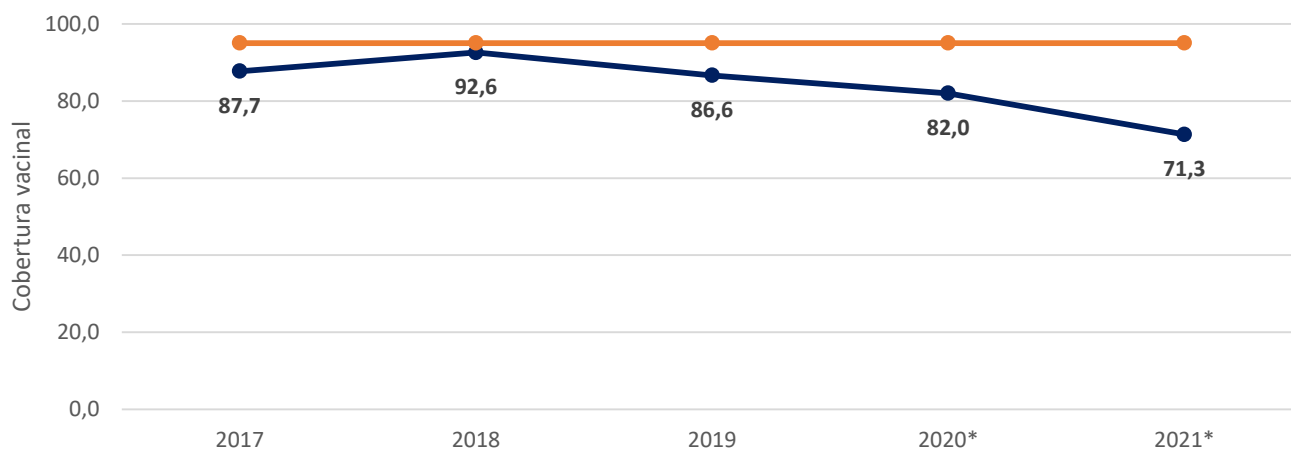
Como um dos pilares da vigilância das PFA/Poliomielite estão o monitoramento ambiental e das coberturas vacinais da vacina contra a Poliomielite. Ao que se refere o monitoramento ambiental, em decorrência da covid-19, foi preciso suspender temporariamente o serviço de coleta das amostras de água para pesquisa de poliovírus no início do ano de 2020 a dezembro de 2021, sendo o serviço retomado no início de 2022.

O esquema vacinal referente à proteção contra a poliomielite desde 2016 é preconizado pelo Ministério da Saúde que seja composto por três doses da Vacina Inativada Poliomielite (VIP) e duas doses de reforço da Vacina Oral Poliomielite (VOP), sendo

respectivamente administradas aos 2, 4, 6, 15 meses e aos 4 anos.

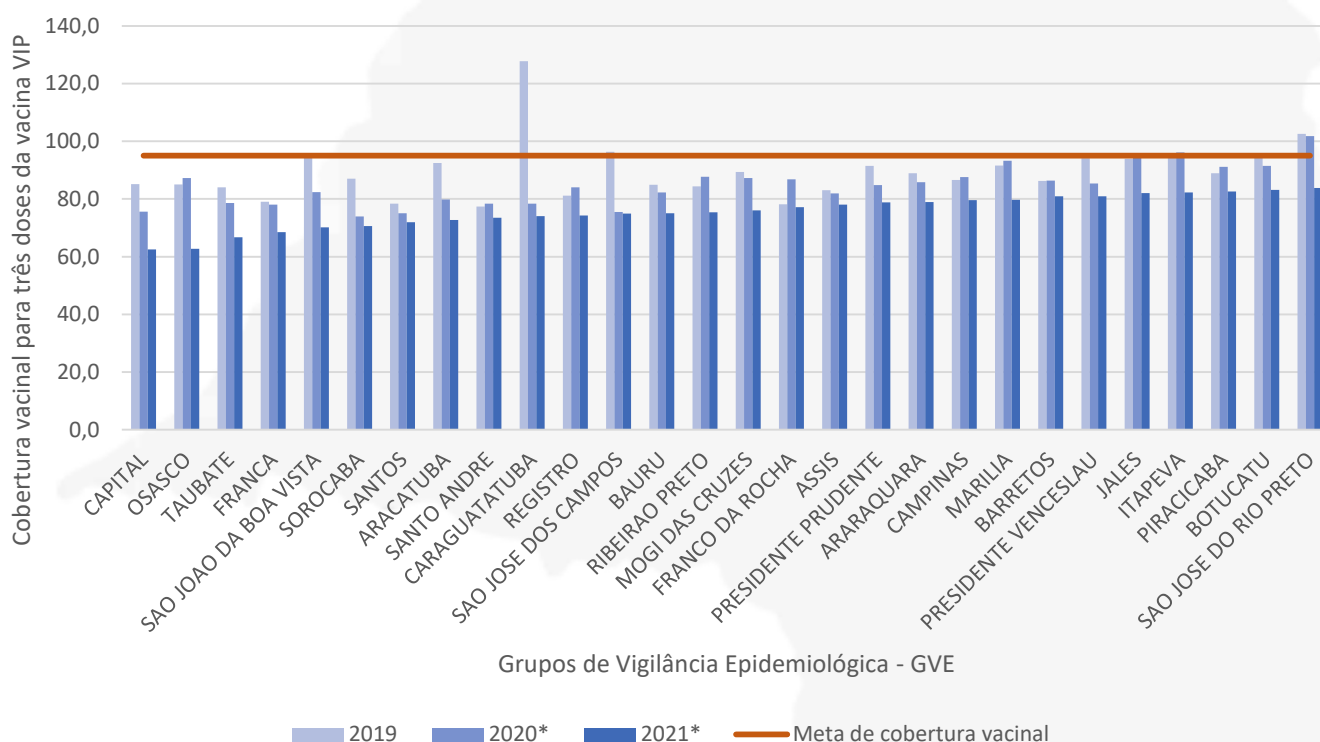
Quando analisadas as coberturas vacinais para esquema completo com as 3 doses de VIP, nota-se uma diminuição das coberturas vacinais desde 2018, sendo a cobertura de 2021 a mais baixa (71,3%) do período avaliado (**Gráfico 6**), fato também observado quando avaliada a cobertura vacinal por Grupo de Vigilância Epidemiológica - GVE (**Gráfico 7**), de modo que as menores coberturas vacinais em 2021 foram observadas no GVE Capital (62,5%), Osasco (62,7%) e Taubaté (66,7%), e as maiores coberturas nos GVE São José do Rio Preto (83,8%), Botucatu (83,2%) e Piracicaba (82,6%).

Gráfico 6 – Coberturas vacinais para esquema completo contra a poliomielite com doses da vacina VIP, 2017 a 2021*, São Paulo/SP.



Fonte: DDTHA/CVE/CCD/SES-SP. Dados extraídos em 09 de março de 2022. *Dados sujeitos a alterações.

Gráfico 7 – Coberturas vacinais para esquema completo contra a poliomielite com doses da vacina VIP por Grupo de Vigilância Epidemiológica, 2019 a 2021*, São Paulo/SP.



Fonte: DDTHA/CVE/CCD/SES-SP. Dados extraídos em 09 de março de 2022. *Dados sujeitos a alterações.

As coberturas vacinais quando analisadas por município também se mostram insatisfatórias em 78,29% (505/645) dos municípios do território paulista no ano de 2021 (**Figura 2**), de modo que se faz necessário o incremento das referidas coberturas para contribuir na redução do risco de uma possível reintrodução do poliovírus, uma vez que verificadas coberturas vacinais dentro dos percentuais esperados ocorre à redução do número de susceptíveis expostos a maiores riscos de contaminação pelo poliovírus.

Sabe-se que mesmo tendo sido confirmado o último caso de poliomielite no Brasil no ano de 1989, diante da queda das coberturas vacinais, não somente no Estado de São Paulo, mas em todas as Unidades Federadas do país, e com a circulação viral de forma endêmica no Paquistão e Afeganistão, além da circulação de derivados vacinais em diversos países, há risco para ocorrência de casos importados no Brasil, e eventual circulação do poliovírus, caso haja transmissão local.

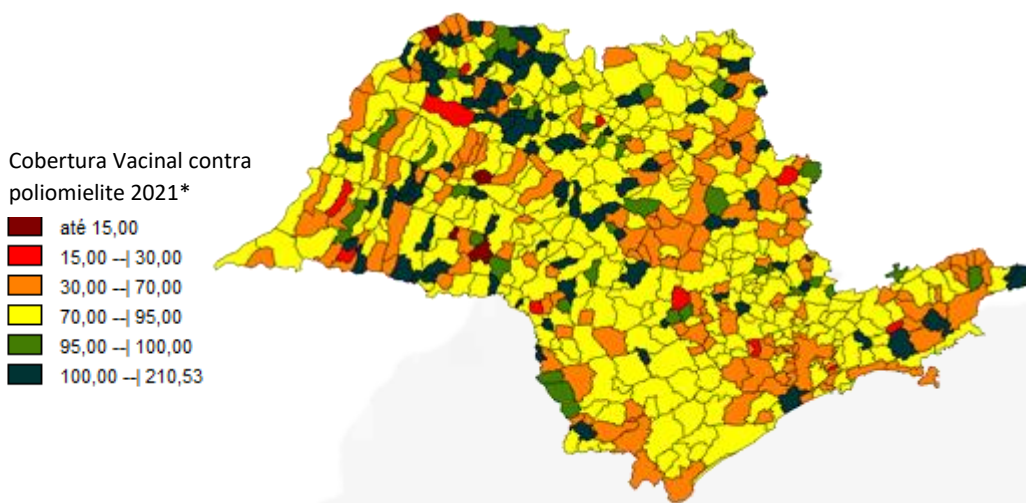


Figura 2 – Distribuição espacial das coberturas vacinais contra poliomielite, 2021, São Paulo/SP.

Fonte: DDTHA/CVE/CCD/SES-SP. Dados extraídos em 09 de março de 2022. *Dados sujeitos a alterações.



MANTENHA-SE CONECTADO, CLIQUE E ACESSE

[DADOS POR MUNICÍPIOS DESCRITOS NESTE INFORME EPIDEMIOLÓGICO](#)

[NOTA INFORMATIVA CONJUNTA Nº 01/2022 - DDTHA/DVIMUNI/CVE/ CCD/SES-SP](#), a qual versa sobre Atualização do cenário mundial da Poliomielite e o risco de reintrodução do poliovírus no estado de São Paulo

[VACINAÇÃO CONTRA A POLIOMIELITE PARA VIAJANTES INTERNACIONAIS](#), que dispõe sobre considerações gerais sobre vacinação de viajantes internacionais em emergências humanitária.

[DOCUMENTO TÉCNICO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS PARALISIAS FLÁCIDAS AGUDAS/POLIOMIELITE](#), que registra resumidamente os principais conceitos, objetivos, rotinas e fluxos relacionados ao desenvolvimento das ações de vigilância epidemiológica das paralisias flácidas agudas/poliomielite, descritos nos manuais técnicos e legislação em vigor, bem como destaca os indicadores necessários para o monitoramento e avaliação de desempenho das atividades em nível estadual – central e regional- e municipal.

EQUIPE TÉCNICA

Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar

Juliana Monti Maifrino Dias

Murylo Gustavo Candido Rocha

Vitoria Oliveira De Souza

Maria Carla Da Silva

Alessandra Lucchesi de Menezes Xavier Franco

Diretoria do Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac"

Rafael Gomes França

Tatiana Lang D'Agostini

Informe Técnico elaborado em 26 de maio de 2022. São Paulo/SP